

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Актуальность настоящего исследования обусловлена довольно большой распространенностью гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Медицинская статистика утверждает, что у 8-10% женщин, проходящих обычный профилактический осмотр, выявляются гинекологические заболевания различной степени тяжести, вплоть до онкологических. В настоящее время, согласно статистике, более 75% замужних женщин страдает от гинекологических заболеваний. В последние годы отмечается рост частоты таких заболеваний, как доброкачественные опухоли матки и ее придатков, бесплодие, внематочная беременность, требующих радикального оперативного вмешательства, а также происходит значительное омоложение контингента оперированных женщин [6].

Проблема психологической помощи гинекологическим больным является недостаточно изученной темой в клинической психологии. Разработки по внутренней картине болезни (ВКБ) до сих пор мало применяются в медицине, в то время как учет личностного смысла здоровья и болезни является необходимой составляющей процесса лечения.

По мнению В.В. Николаевой, включению психосоматического подхода в систему психологического знания препятствует имплицитное представление, согласно которому собственно человеческое в человеке ограничивается психикой, а телесность рассматривается как биологическое условие развития психики [10; 11]. В обыденном сознании врачей симптом представляет собой лишь манифестацию лежащей в его основе биологической реальности. Рассматривая лишь натуральную форму существования телесности, медицина постоянно ориентируется на поиски объективных проявлений заболевания и максимальное устранение субъекта из процесса лечения. Однако если мы принимаем положение о том, что человек есть не только организм, то и лечение должно быть не только биологическим. В этой связи ясна

необходимость создания новой концепции телесности и новой – гуманитарной – модели медицины [12; 13; 14].

В гинекологической клинике перед врачом очень часто встает необходимость оказания психологической помощи своим пациентам. Как отмечает Д.М. Менделевич, для больных более существенны не сами по себе гинекологические заболевания (их тяжесть, возможность инвалидизации и хронизации), а представление о том, как эти болезни отражаются на отношении к ним близких, родственников, сослуживцев и иного окружения. Объективные критерии тяжести заболевания как бы отходят на второй план и не признаются принципиально значимыми. Таким образом, кроме проблемы адаптации после заболевания, встает задача решения и ряда социальных и психологических проблем [7; 8].

Тактика изучения, психологического сопровождения и реабилитации гинекологических больных требует особого подхода, учитывающего глубинные причины их проблем, разные уровни и аспекты, связанные со здоровьем женщины. В работах А.Ш. Тхостова говорится о том, что определённое содержание личностно-смыслового уровня опосредования телесного страдания определённым образом влияет на другие компоненты ВКБ [13]. В данной статье выдвигается идея о том, что мотивационно-личностная сфера, в свою очередь, подвержена влиянию базовых внутриличностных конфликтов. Её искажение приводит к психогенно обусловленным нарушениям репродуктивной системы, поэтому в ходе проведения психокоррекционной работы с гинекологическими больными воздействовать предпочтительнее именно на эту сферу психической реальности.

Целью данной работы является определение оснований психологического сопровождения женщин с гинекологической патологией. Психосоматический подход в медицине является наиболее многообещающим в исследованиях, связанных с функциями половых органов, поскольку ни в какой другой области взаимосвязь между психологией и физиологией не является настолько тесной, как в области сексуальности [1]. Среди гинекологов в последние годы наблюдается повышение интереса к вопросам психосоматики и психотерапии [3; 9]. Всё больше врачей понимают важность применения

психологических знаний в процессе ведения пациенток с гинекологическим диагнозом.

Стратегическая цель системы «лечебный процесс – психологическое сопровождение» заключается в выработке ориентиров, создании необходимых и достаточных условий для обретения пациентами нового качества жизни в послеоперационном периоде. Опираясь на фундамент, созданный системой лечебных мероприятий, психологическое сопровождение призвано вести человека к более широкому выбору жизненного пути и утверждению тех или иных жизненных смыслов. В этом случае сущностью сопровождения является взаимодействие психолога и пациента в формировании пациентом ориентационного поля, ответственность за действия в котором несёт сам действующий субъект. Иными словами, речь идёт не о той или иной форме помощи или поддержки, а об активизации имеющихся личностных потенциалов при сохранении максимума свободы и ответственности субъекта за выбор варианта решения актуальной для него проблемы [2]. В данном контексте можно говорить о том, что психологическое сопровождение ориентировано в первую очередь на личностно-смысловой уровень, суть которого – производство смысловых ориентаций, определение общего смысла и назначения своей жизни, отношение к людям и самому себе. Психологическое сопровождение лечебного процесса, таким образом, – это комплексная программа создания и использования пространства для принятия пациентом эффективных решений, направленных на обеспечение желаемого им уровня здоровья с учётом ситуации жизненного выбора.

Психологическое сопровождение больных предполагает, что медицинская помощь должна осуществляться в рамках так называемой гуманитарной модели медицины. Лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как клинического психолога, так и врача соматического профиля [4]. Психолог участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет

совместно с лечащим врачом тактику лечения. Необходимо выявить характер нарушения самочувствия больных, изменение отношения к своей личности, затруднения в контактах с семьей и партнёрами, а также возможную профессиональную и социальную ущербность, снижение активности, в том числе в использовании свободного времени, сокращение социальных контактов, и оказать психологическую помощь [3].

Врач, в свою очередь, должен иметь представление о том, как переживаются больным лёгкие и тяжёлые заболевания, каковы типичные механизмы переработки острых и особенно хронических болезней. В результате совместной работы врача и психолога, больной вырабатывает адекватное отношение к своему заболеванию, что оказывает положительное влияние на его течения и исход.

В гинекологической практике психологический подход к больным особенно важен. Одной из основ современной эффективной гинекологии служит хирургическое вмешательство, при котором проблема психологической помощи женщинам встаёт наиболее остро. Сотрудничество с больными, глубокое внимание к ним перед операцией и после нее способствуют успеху лечебного процесса. Хирургическое вмешательство может затрагивать половую неприкосновенность больной как женщины, ее женственность, может повлиять на ее семейное и социальное положение. Поэтому очень важна предварительная беседа, сообщение пациентке необходимых сведений, связанных с предстоящим вмешательством. Послеоперационная реабилитационная деятельность означает не только восстановление работоспособности; в данном случае она должна быть направлена на обеспечение возможностей для дальнейшей семейной и половой жизни. В случае необходимости следует провести работу и с мужем больной [15].

Также необходима проработка психических травм семейно-сексуального характера, которые определяют малоосознаваемый «выбор» системы органов – область проекции половых органов. Необходима дезактуализация семейно-сексуальных дисгармоний. В противном случае гинекологические проблемы приобретут рецидивирующий

характер. Направленная на восстановление нарушенных элементов системы отношений пациента психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера [5].

Теоретические представления и клинические материалы свидетельствуют, что телесная составляющая репродуктивной сферы является своеобразным местом пересечения, локусом всех взаимодействий, оказывающих влияние на формирование материнства: диадических отношений, процессов идентификации, семейных сценариев и социально-культурных стереотипов [10; 12]. Телесные проявления служат диагностическими признаками неблагополучия в репродуктивной сфере. В то же время тело является мишенью психологической работы и телесно-ориентированная терапия должна стать обязательной составляющей общей медико-психологической помощи по проблемам нарушения репродуктивной сферы.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ГКБ №27 г. Екатеринбурга. Объектом исследования являлись женщины гинекологического отделения в количестве 36 человек в возрасте от 17 до 53 лет, имеющие диагноз: миома матки (12 человек), бесплодие (4 человека), патология яичников (13 человек), внематочная беременность (7 человек). Все исследуемые получили оперативное лечение (плановое или экстренное). Операции различны по виду доступа (лапаротомический и лапароскопический) и объёму (органоуносящие и органосберегающие).

В исследовании был использован набор диагностических методик:

1. Клиническая беседа.
2. Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка.
3. Методика «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах» (УСЦД).

4. Методика «Незавершённые предложения» Дж. Сакса.
5. Методика «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) Г. Мюррея.

Клиническая беседа широко используется в клинической практике, являясь одним из диагностических методов. В клинической беседе анализируются особенности биографии больного, присущие ему особенности личностных реакций, его отношение к собственному характеру, особенности поведения обследуемого в конкретных ситуациях.

В нашем исследовании клиническая беседа направлена на диагностику компонентов внутренней картины болезни, актуального состояния больных и системы их значимых отношений.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных клинической беседы позволяет сделать следующие выводы.

Большинство пациенток находятся в подавленном состоянии, чувствуют себя растерянными и неуверенно. Но в ходе беседы часто проявляется повышение активности, многословность, неадекватная обстановке искренность, доверительность.

Наблюдаются случаи анозогнозического типа реакции на болезнь. Больные выглядят счастливыми и чувствуют себя прекрасно. Ярко представлена группа больных с алекситимическим радикалом. Им трудно описать своё состояние, свои чувства и переживания.

Всё свободное время пациентки отдают семье, заботятся о близких людях, часто пренебрегая своими желаниями. Таким образом, круг интересов замыкается на семейной жизни. Находясь в больнице, они очень дорожат поддержкой своих родных. В то же время пациентки являются несостоявшимися в той или иной мере как супруги, матери, как женщины в целом. Они имеют проблемы в интимной и семейной сфере, но эмоциональная сторона этих проблем отрицается. Испытуемые склонны считать, что без них никто не может обойтись: ни дома, ни на работе. Стремятся всё делать как можно лучше и совершеннее, редко прибегая к посторонней помощи. Тирания

долженствования не позволяет хоть ненадолго задуматься над тем, чего хочется им самим, отвлечься от ожиданий и требований окружающих.

Все пациентки гинекологического отделения испытывают острую потребность в информации о своём заболевании, его причинах и возможных последствиях. Многие, особенно поступившие внепланово, полностью дезориентированы в происходящем, не знают, каково их состояние после операции и каков прогноз на будущее, возможны ли осложнения, оценивают свою информированность как «частичную и недостаточную». В последнем пункте анкеты многие отмечают такие пожелания: «Чтобы лучше объясняли, что вообще происходит», «Всё хорошо, но чтобы после операции побольше объясняли». Есть пациентки, которые всерьёз задумываются над психологическими причинами болезненного состояния («Моя болезнь – это мои мысли!»), хотят лучше узнать себя и своё тело, научиться удовлетворять в первую очередь свои потребности. Это открывает новые возможности проведения психокоррекционных работ с этой категорией больных.

Для большинства пациенток очень важен контакт с лечащим врачом, его поддержка, участливое отношение, заинтересованность в благополучном исходе операции. Они отмечают, что «мало личного контакта с врачами», которым они хотят задать множество волнующих вопросов. Важно и отношение младшего медперсонала. Часто пациентки высказывают следующие пожелания: «Будьте мягче, разговорчивей, участливей к больным», «Чаще улыбайтесь пациентам».

Таким образом, участливое отношение врача и понятные, уверенные медицинские объяснения являются важными факторами, снижающими тревожность пациенток. Нужно улучшать информированность больных и повышать уровень доброжелательности медперсонала.

Главными переживаниями пациенток перед операцией были «страх перед операцией» и «страх её осложнений». Также многие испытывали «страх наркоза», «страх невозможности иметь детей» и «страх возможного удаления половых органов». После операции большинство пациенток

испытывали «чувство жалости к себе», «общее тревожное состояние» и «тревогу за будущую детородную функцию».

И все же, когда угроза жизни оказывалась позади, большинство пациенток испытывали облегчение и улучшение общего самочувствия.

Анализ самооценки уровня тревоги и страха показал:

- до операции пациентки, которым проводилась органосберегающая операция, отмечают «умеренный» уровень тревоги, а при органоуносящей операции – «высокий»;
- после операции пациентки, которым проводилась органосберегающая операция, отмечают «умеренный» уровень тревоги, а при органоуносящей операции – «высокий»;
- перед выпиской пациентки, которым проводилась органосберегающая операция, отмечают «низкий» уровень тревоги, а при органоуносящей операции – «умеренный».

Таким образом, удаление половых органов является фактором, повышающим уровень тревоги испытуемых, но это травмирующее обстоятельство часто оказывается неосознаваемым.

В результате проведенного исследования с помощью методики УСЦД были получены следующие результаты: у 72% испытуемых диагностируется низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, у 25% – средний уровень и лишь у 3% – высокий (рис. 1).

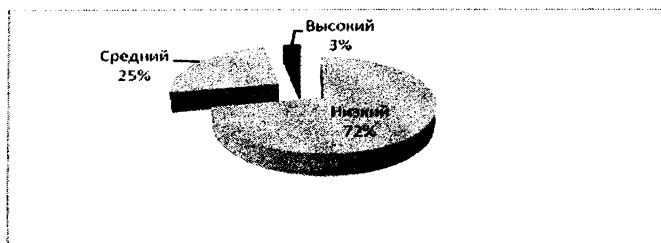


Рис. 1. Уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере

Как показала количественная обработка данных, большинство больных считают, что их желания в основном

удовлетворены, и не осознают имеющихся в их жизни проблем. В ходе исследования по данной методике был зафиксирован ряд проявлений неадекватной оценки «доступности» тех или иных ценностей. При этом больные не проявляют озабоченности своей жизненной ситуацией, говорят о своём интеллектуальном понимании происходящего, отрицая всю эмоциональную сторону конфликтной ситуации, что указывает на использование отрицания как механизма психологической защиты.

Тем не менее, только у 6% испытуемых «Ценность» (Ц) и «Доступность» (Д) полностью совпадают, а у 94% испытуемых «Ценность» и «Доступность» в значительной мере расходятся, что говорит о наличии стойкого, глубокого внутреннего конфликта в различных сферах жизни (рис. 2).

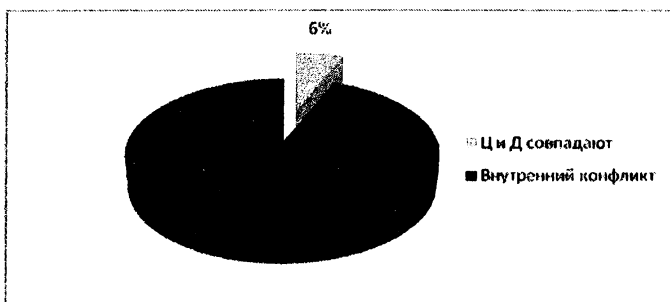


Рис. 2. Расхождения по критериям «ценности» и «доступности»

Состояние внутреннего конфликта – это, прежде всего, состояние «разрыва» в системе «сознание–бытие», а именно, разрыва между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности.

Применительно к конкретной жизненной сфере показатель расхождения Ц–Д будет иметь двухмерную характеристику в зависимости от того, какой параметр выше, Ц или Д. Максимальное расхождение между Ц и Д, в случае, когда $Ц > Д$, будет означать стойкий, глубокий, до настоящего времени необратимый внутренний конфликт. Обратное соотношение, когда $Д > Ц$, будет напротив означать, состояние

«внутреннего вакуума», внутренней опустошенности, снижения побуждений (рис. 3).

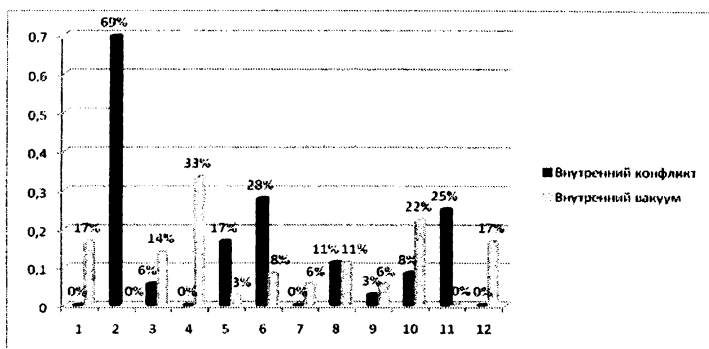


Рис. 3. Уровни расхождения Ц и Д в различных жизненных сферах

Цифрам по оси абсцисс соответствуют следующие понятия: 1 – Активная, деятельная жизнь; 2 – Здоровье (физическое и психическое здоровье); 3 – Интересная работа; 4 – Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве); 5 – Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком); 6 – Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений); 7 – Наличие хороших и верных друзей; 8 – Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений); 9 – Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие); 10 – Свобода как независимость в поступках и действиях; 11 – Счастливая семейная жизнь; 12 – Творчество (возможность творческой деятельности).

В результате исследования выделены ценности, высокие показатели по которым позволили сделать следующие заключения:

1. В сфере здоровья 69% испытуемых находятся в состоянии «внутреннего конфликта» (ВК), а именно в состоянии разрыва между потребностью в достижении значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности. Данный конфликт связан с ощущением беспомощности и неспособности принимать на себя ответственность за собственное здоровье. Испытуемые занимают пассивную позицию, перекладывая ответственность за свое выздоровление на врача. В ситуации беспомощности больные используют стратегию избегания, что ведет к

утяжелению симптомов заболевания, неадекватной оценке тяжести заболевания.

2. По данным методики УСЦД 33% женщин имеют состояние внутреннего вакуума в сфере переживания прекрасного в природе и искусстве. Это говорит об эмоциональной выхолощенности, внутренней опустошенности, заполняемой с помощью людей, с которыми больные вступают в значимые отношения. Им необходима эта прослойка, что позволяет достичь более или менее комфортного ощущения себя в окружающем мире. Тревожность, неустойчивость, амбивалентность чувств, которые испытывают больные благодаря непрерывному конфликту между потребностью получать любовь и неуверенностью, что они ее достойны, делают стремление к получению любви навязчивой целью их существования. Пустота собственного «Я» стремится к заполнению, иначе оно будет раздавлено внешним или внутренним давлением. В экзистенциальном смысле это поистине вопрос жизни и смерти. Таким образом, супруг в данном случае рассматривается как опорный объект, как среда обитания, как источник всего самого необходимого, как способ выживать (проективная идентификация зависимости). В этой связи диагностируется наличие недостаточной интеграции идентичности у испытуемых. Без непрерывной подпитки с помощью значимых Других, «Я» испытуемых становится пустым.

«Балластом» также является творчество (17%), свобода в поступках и действиях (22%) и активная деятельность (17%). Пациентки не стремятся к самореализации, раскрытию своих способностей и талантов. Свобода и активность не представляют для них ценности. В соответствии с этим можно предположить наличие у испытуемых пассивно-страдательной позиции в жизни, что означает усвоение социальных норм вне актов смыслопорождения и собственного творчества, предполагает оформление «проблематики долженствования» и в основе своей имеет недоразвитие высших уровней саморегуляции [8].

3. Следует обратить особое внимание на высокий процент женщин (25%), имеющих внутренний конфликт в сфере семейной жизни, а также в сфере любовных отношений

(17%). Пациентки, имеющие проблемы в этих сферах, очень остро их переживают, мечтают достичь стабильности и надёжности в отношениях со своим партнёром. Это подтверждают данные клинической беседы. Пациентки замыкают все свое внимание на семье, детях, не имеют собственных интересов, ясных планов на будущее. Диагностируется недостаточное чувство самооценности, неприятие себя, что приводит к желанию постоянно доказывать свою нужность, абсолютную необходимость для значимых людей. Чрезмерно окружая близких своей заботой, жертвуя своими интересами и потребностями, пациентки «зарабатывают» привязанность и любовь близких людей, которая удовлетворяет их только в том случае, если эти люди проявляют явную зависимость от них, что говорит об использовании такого механизма психологической защиты, как проективная идентификация инграциации. Для испытуемых непереносима неопределенность в отношениях – им нужны гарантии того, что их «Я» будет постоянно поддерживаться. Позиция жертвы, которую занимают больные, позволяет им требовать внимания и привязанности от близких людей. В данном случае заболевание приобретает определенный смысл – становится средством коммуникации и гарантией сохранения отношений. Таким образом, учитывая, что нарушение объектных отношений может способствовать формированию психосоматического симптома, основной из мишеней психотерапевтической работы с пациентками, имеющими гинекологический диагноз, является деструктивная коммуникация в сфере семейных отношений.

4. Примечательно, что 28% пациенток находятся в состоянии внутреннего конфликта в сфере материальных ценностей. Деньги, как и партнёр, являются опорным объектом, обеспечивающим чувство уверенности в будущем, спасающим от чувства внутренней пустоты.

Анализируя данные, полученные по методике «Незавершённые предложения», можно предположить наличие у женщин с гинекологическим диагнозом следующих проблемных сфер, где обнаружены конфликты и неблагополучие: отношение к матери, отношение к семье, отношение к мужчинам, отношение к себе, отношение к

прошлому, отношение к болезни, страхи, чувство вины, нереализованные возможности, отношение к знакомым.

В среднем, сферы, в которых замечено неблагополучие испытуемых, составляют 63%, что говорит о повышенном уровне внутриличностной дезадаптации (норма – не более 50%).

Испытуемые находятся в нарушенных отношениях с матерью (гиперопека или отчуждённость), имеют негативное представление о большинстве мужчин и семейной жизни. При этом сверхзначимой является собственная семья, партнёр и дети. На этом сосредоточены все интересы пациенток, их главное желание – приобрести или сохранить семейное счастье, получать как можно больше любви и заботы, избежать одиночества, что указывает на искажение иерархии ценностей и обеднение смысловой сферы испытуемых. При этом больные не ценят собственную личность, не могут самостоятельно, без поддержки значимых других добиваться успехов, имеют заниженную самооценку, внешний локус контроля, плохо адаптированы в обществе, имеют узкий круг общения. Большинство негативно относится к своему прошлому, имеет много нереализованных возможностей. Их мучают различные страхи и безосновательное чувство вины. Болезнь в большинстве случаев имеет конфликтный смысл. Она мешает иметь детей или заниматься какой-либо деятельностью, но приносит вторичную выгоду (внимание, забота, оправдание неуспеха, наполненность жизни), которая не осознаётся больными.

Анализ результатов исследования по методике ТАТ Г. Мюррея свидетельствует о том, что большинство пациенток занимают пассивную позицию в жизни. Им свойственно зависимое поведение, они не уверены в своих силах и способностях, предпочитают передавать ответственность за себя и свою жизнь кому-нибудь другому. Это связано с авторитарным типом воспитания, при котором испытуемые в детстве были ограничены в принятии самостоятельных решений. В большинстве случаев пациентки не имеют собственных интересов, ясных планов на будущее. Диагностируется недостаточная интеграция идентичности, недостаточное чувство самооценности, неприятие себя, что

приводит к потребности в эмоциональном «присоединении» к значимому другому, стремлению получать как можно больше любви и внимания. Это приводит к искажению мотивационно-личностной сферы и постоянному поиску опоры для своего «Я». Причины зависимости от «эмоционального донора» кроются в ранних нарушенных отношениях с матерью и в несформированности устойчивого поддерживающего образа самого себя. Кроме того, большинство пациенток имеет конфликтный смысл болезни. Они относятся к заболеванию как к наказанию, обузе, несчастью, хотят скорее избавиться от него. Но в то же время болезнь приносит своеобразную выгоду. Она позволяет создать благоприятную для них систему межличностных отношений, при которой можно добиться сочувствия и заботы окружающих людей, позволяет пациенткам извлекать определённые преимущества, такие, как отказ от индивидуальной ответственности за неудачи, оправданное «бегство от свободы», узаконенная возможность регрессии.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать следующие *выводы*:

1. У большинства пациенток с гинекологическим диагнозом диагностируется недостаточная интеграция идентичности, низкий уровень самореализации, внутренняя конфликтность и опустошенность, что приводит к блокаде ценностно-смысловых образований в мотивационно-личностной сфере. Низкая самооценка и внешний локус контроля приводят к пассивной жизненной позиции. Кроме того, присутствие ряда признаков, свидетельствующих о наличии психологического эквивалента депрессивного состояния, позволяет диагностировать у пациенток маскированную депрессию, проявляющуюся в соматическом заболевании.

2. Данные нашего исследования свидетельствуют об отсутствии эффективной коммуникации в отношениях пациенток с матерью, что приводит к непринятию своей женской сущности и психогенно обусловленным нарушениям репродуктивной сферы. Неблагополучие во взаимоотношениях с матерью явилось причиной душевной пустоты и страха одиночества, который заставляет искать всё новые и более

надёжные объекты привязанности. Это приводит к искажению системы смыслов испытуемых и ограничению сферы их интересов узким кругом семьи.

3. Различия в результатах количественных и качественных методов объясняются тем, что пациентки не осознают многие проблемы в своей жизни. Соматическое заболевание является эквивалентом психологической проблемы, которая не представлена в плане сознания и проявляется лишь в проективных тестах. Это обеспечивают такие механизмы психологической защиты, как вытеснение и уход в болезнь.

4. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что большинство пациенток хирургического отделения гинекологии имеют пограничную личностную организацию. Об этом свидетельствуют такие показатели, как диффузная идентичность, использование примитивных механизмов психологической защиты (расщепление, отрицание, проективная идентификация, примитивная идеализация) и снижение тестирования реальности, результатом чего являются патология в сфере объектных отношений, манипулятивные стратегии поведения, склонность к депрессивным состояниям при потере объекта. При этом имеется достаточно интегрированное Супер-Эго, на что указывают чрезвычайно сильное переживание чувства вины и депрессивное настроение.

5. Большинство испытуемых имеет конфликтный смысл болезни. Заболевание не позволяет иметь желанного ребёнка, быть рядом с любимыми людьми, заниматься какой-либо деятельностью. Но в то же время с помощью хирургического вмешательства они решают многие проблемы: получают заботу и внимание близких, оправдывают свою неуспешность в жизни, избегают неприятных событий или видов деятельности, а некоторые избавляются от чувства вины с помощью подобного «самонаказания».

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют определить основания психологического сопровождения женщин с гинекологическим диагнозом. Наиболее значимой представляется направленность психотерапевтических интервенций на интеллектуальный и

мотивационно-смысловой уровни организации психической сферы пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо, 2002. 260 с.
2. *Баранская, Л.Т., Леонов, А.Г., Блохина, С.И.* Психологическое сопровождение пациентов с врождёнными и приобретёнными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург: «СВ-96». 128 с.
3. *Бройтигам, В.* Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. С. 86-113.
4. *Бочанова, Е.В. и др.* Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003. 486 с.
5. *Карвасарский, Б.Д.* Психотерапия. СПб: Питер, 2000. С. 289-298.
6. *Кулаков, В.И.* Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 494 с.
7. *Менделевич, В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М: МЕДпресс, 1998. 324 с.
8. *Менделевич Д.М., Менделевич В.Д.* Гинекологическая психиатрия // Журнал Неврологический вестник, 1993. № 1-2. С. 96-102.
9. *Морозов, Г.В., Лебединский, М.С.* Роль психологического фактора в соматической болезни // Журн. невропатол. и психиатр. 1973. №4. С. 14-18.
10. *Николаева, В.В., Арина, Г.А.* Клинико-психологические проблемы телесности // Психологический журнал. 2003. № 1. С. 119-124.
11. *Николаева, В.В.* Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976. С. 95-99.
12. *Тхостов, А.Ш.* Интрацепция в структуре внутренней картины болезни. М., 1991. 36 с.

13. *Тхостов, А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
14. *Тхостов, А.Ш.* Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 96-107.
15. *Харди, И.* Врач, сестра, больной / под ред. М.В. Коркиной. 3-е изд. стереотип. Budapest: Типография Академии наук Венгрии, 1974. С. 188-205.